

1. CARÁTULA

**“DESAFIANDO AL MINOTAURO, CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS CON DIABETES”.
DISPOSITIVO DE ATENCIÓN Y ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO PARA PERSONAS
CON DIABETES; GENERAL PICO (LP), MAYO A OCTUBRE DE 2022.**

Autores

- Goitia, Fernando Ariel DNI, 28237518. Médico Generalista. Jefe de Área Programática de General Pico. Coordinador General del dispositivo.

Mail: fergoitia1409@hotmail.com

- Alisandroni, Alejandra Zoraya, DNI 20589135, Enfermera Profesional, Miembro del Equipo de Coordinación del Área Programática y Coordinación del Área de Gestión Interinstitucional.

Mail: alisandronialejandra@gmail.com

Lugar de realización: Centros de salud del Área Programática del Hospital Gobernador Centeno. General Pico (La Pampa). Calle 17 y 108. CP 6360. Tel 0294-154538659.

Fecha de realización: Mayo a octubre de 2022.

Trabajo inédito

Tipo de trabajo: Relato de experiencia

Categoría temática: Clínica ampliada /Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c)

2. RESUMEN

TÍTULO: DESAFIANDO AL MINOTAURO, CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS CON DIABETES. DISPOSITIVO DE ATENCIÓN Y ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO PARA PERSONAS CON DIABETES.

AUTORES: Goitia, Fernando A., Alisandroni, Alejandra Z.

Área Programática del Hospital Gobernador Centeno. General Pico (LP). Calle 17 y 108. CP 6360. Tel 0294-154538659. Mail: fergoitia1409@hotmail.com

Relato de experiencia

Clínica ampliada / Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c)

Trabajo Inédito

Descriptivo: Ofrecer dispositivos de atención y abordaje integral e interdisciplinario para personas con diabetes en los centros de salud del Área Programática de General Pico (LP). Inicio en mayo de 2022. Este circuito se realiza los días miércoles cada 14 días, en forma rotativa, donde el centro de salud correspondiente designa y convoca a 10 pacientes diabéticos el día que le corresponda para realizar dicho circuito. Está formado por un equipo interdisciplinario que evalúa y dan pautas de tratamiento y seguimiento en un solo día.

Al finalizar el circuito se hace un cierre reflexivo donde cada profesional comparte sus impresiones, recomendaciones y estrategias de abordaje y seguimiento de cada paciente.

Explicativo: Intercambio y articulación de distintos saberes, prácticas y experiencias entre los equipos y con los/as usuarios/as sobre la diabetes, donde se generan encuentro y vínculos desde la diversidad de opiniones, saberes y experiencias y que intentan interpelar y poner en cuestionamiento la hegemonía del saber disciplinar.

Conclusiones y síntesis: importancia del rol y la participación activa de los/as usuarios/as en el proceso de S-E-A-C y los factores que determinan la construcción de la salud. Hacer acuerdos con una mirada constructiva y empática sobre las distintas metas y pautas de los tratamientos, fortalecer la autonomía y la toma de decisiones de las personas con perspectiva de derechos. Buscar vínculos intersectoriales y territoriales que garanticen el derecho a la salud integral.

Palabras claves: Diabetes, interdisciplina, centros de día, autocuidados.

3. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

DESCRIPTIVO

Descripción del Área Programática

La ciudad de General Pico, cabecera del departamento Maracó y de la Zona Sanitaria 2 (sistema sanitario provincial dividido en 5 zonas) se encuentra ubicada al noreste de la provincia de La Pampa. Dista a 135 Km. de la ciudad de Santa Rosa, capital de la provincia y a 589 Km. de la Ciudad de Buenos Aires. Es una zona de llanura apta para la ganadería y la agricultura, con clima semihúmedo templado.

General Pico, con una población de 57.669 habitantes (según Censo Nacional de Población y Vivienda, año 2010), es la segunda ciudad en importancia de La Pampa, después de la capital Santa Rosa.

El Área Programática de General Pico está conformada por 9 centros de salud ubicados en distintos barrios de la ciudad, con una jefatura y coordinación a cargo de dichos centros. Estos están constituidos por personas que cumplen distintas funciones y disciplinas, que trabajan en equipo y que tienen propósitos y objetivos comunes. Tienen un área de población a cargo cuyos habitantes asisten y son atendidos de forma integral y longitudinalmente en todas las etapas de la vida, priorizando los cuidados de la salud y la prevención de distintas enfermedades y problemáticas.

Los centros de salud cuentan con un/a jefe/a médico/a a cargo y un/a responsable de enfermería, además de distintas disciplinas como trabajadoras sociales, agentes sanitarias, psicólogas, nutricionistas, odontólogos/as, psicopedagogas, pediatras, obstetras, algunos/as de los/as cuales trabajan en varios centros y se relacionan interdisciplinariamente y cuyos vínculos posibilitan una mejor atención, de calidad y de garantía de derechos a los/as usuarios/as que concurren. Cuentan con un área administrativa, farmacia, personal de mantenimiento y servicio de limpieza.

Centros de Salud

1. FRANK ALLAN Dirección: calles 1 y 34. Teléfono: 423421
2. KNOBEL Dirección: calles 4 y 29. Tel: 427409
3. ENERGIA Y PROGRESO. Dirección: calles 33 y 36 bis. Tel: 425280.
4. ESTE. Dirección: calles 33 y 16. Tel: 424354.
5. IGNACIO RUCCI. Dirección: calle 107 esquina 6 bis. Tel: 425523.

6. BROWN. Dirección: calle 9 casi esquina 116. Tel: 433526.
7. CIC. Dirección: 302 y 329. Tel. 421538.
8. FEDERAL Calles 405 y 440. Tel. 424424
9. ABUDARA. Dirección: Calle 23 N 298, esquina 8. Tel: 435891

Planteamiento del problema

Si bien el Sistema de Salud Pública detecta y trata de manera ambulatoria pacientes con diabetes, es necesario crear y expandir dispositivos y circuitos públicos de atención integral e interdisciplinaria en la ciudad de General Pico.

Marco teórico de referencia

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la falta o insuficiente producción de insulina pancreática, lo que genera hiperglucemia. Su forma más frecuente es la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), caracterizada por la producción insuficiente de insulina y la incapacidad del organismo de utilizarla de manera efectiva (insulinorresistencia). (Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), 2019)

El desarrollo de DM2 se asocia comúnmente con obesidad, alimentación inadecuada, actividad física insuficiente, hipertensión arterial, dislipemia, entre otros. Todo esto sumado a su lenta aparición conduce a un mayor riesgo cardiovascular, desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares, deterioro de la calidad de vida y muerte prematura.

Según la IDF (Federación Internacional de Diabetes), en el año 2019 fallecieron en el mundo 4.2 millones de personas de 20 a 79 años como consecuencia de la diabetes y sus complicaciones. En Argentina, anualmente se registran alrededor de 9.000 muertes vinculadas a diabetes y el 72,4% de las mismas ocurren entre los 55 y 84 años.

Según datos de la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR, 2018), la prevalencia de glucemia elevada o diabetes por autorreporte en la población adulta aumentó de 9,8% a 12,7% respecto de la edición anterior. Este aumento significativo está en consonancia con el marcado crecimiento del exceso de peso, uno de los principales factores de riesgo para desarrollar diabetes y que hoy alcanza al 61,6% de la población. En La Pampa esta prevalencia es del 14,6%.

Entre las complicaciones propias de la diabetes, la retinopatía es una de las principales causas de ceguera, causando el 2,6% de los casos mundiales, siendo en nuestro medio la segunda causa. Se estima que el 25% de las personas con diabetes mellitus desarrollará una herida o úlcera de pie a lo largo de su vida y su consecuencia más lamentable, la amputación, es unas 20 veces más frecuente en las personas con diabetes mellitus que en la población general. A su vez, la nefropatía diabética es la primera causa de enfermedad renal crónica terminal e ingreso a diálisis y trasplante en nuestro país. (Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), 2019).

Por otro lado, el adecuado control glucémico junto al control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que suelen asociarse (hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, tabaquismo y sedentarismo), enlentece la progresión de la nefropatía y retinopatía y disminuye las complicaciones macrovasculares.

Por todo esto consideramos importante y estratégico la implementación de un dispositivo y circuito integral e interdisciplinario de atención y abordaje a las personas con diabetes en los centros de salud del Área Programática de General Pico, con perspectiva de derechos, social y comunitaria.

Contextualización

Este trabajo intenta describir el continuo proceso de planificación, organización y realización de los “Centros de Día para personas con diabetes” en los centros de salud pertenecientes al Área Programática de General Pico (LP), dependiente del Hospital Gobernador Centeno, cabecera de la zona sanitaria 2 del Ministerio de Salud de La Pampa.

Estos dispositivos ofrecen un circuito de atención y abordaje integral e interdisciplinario para personas con diabetes que antes de la pandemia se centralizaba en el Centro de Salud Abudara, dispositivo llamado “Hospital de Día para diabéticos”, que se inició en mayo de 2019 y finalizó con el comienzo de la pandemia en marzo de 2020.

Todos los centros convocaban y designaban a sus pacientes a dicho lugar con un cronograma de días establecidos y en forma programada, perdiendo la posibilidad de participación activa el resto del personal de los centros de salud y el sentido de pertenencia y referencia de los/as usuarios/as, quienes tenían que movilizarse por sus propios medios hasta dicho centro de salud. Además no hubo un seguimiento posterior de los/as pacientes y no hubo posibilidad de evaluar los resultados de los tratamientos y pautas.

El aislamiento, la soledad, la ausencia o debilidad de los apoyos sociales y las condiciones de vida tensionantes sumadas a la pobreza son procesos que posibilitan la emergencia de las enfermedades (Menéndez, 2009) y que durante la pandemia, potenciaron el aumento de la demanda de atención, principalmente de las enfermedades crónicas, cuyas atenciones fueron postergadas y cuyas complicaciones aumentaron las estadísticas de atención por guardia, internación y morbimortalidad.

Planificación y Ejecución

Ante este panorama de aumento de las demandas de personas con enfermedades crónicas, principalmente con diabetes, con la vuelta a la presencialidad y el fin del aislamiento se decidió iniciar estos dispositivos, pero esta vez con la participación activa del personal de los centros de salud. De esa manera se pensaron y se crearon los “Centros de Día para personas con diabetes”, dispositivos y espacios interdisciplinarios integrados por un equipo formado por un/a médico/a generalista (designado/a por cada centro de salud) , dos endocrinólogos/as (pertenecientes al hospital), enfermeros/as (de cada centro de salud) , nutricionistas (3), kinesiólogas (3), una oftalmóloga (perteneciente al hospital), odontólogos/as (de cada centro de salud), una médica y dos enfermeras especialistas en pie diabético y curaciones avanzada de heridas, bioquímicos/as (del hospital), trabajadoras sociales, agentes sanitarias, psicólogas, psicopedagogas, administrativos/as, y personal de farmacia y de limpieza (de los centros de salud).

Estos dispositivos se iniciaron el día 11 de mayo de 2022 y funcionan en siete de los nueve centros de salud del Área Programática por razones de infraestructura y comodidades edilicias (dos de los cuales no cuentan con los consultorios y espacios suficientes para realizarlo debiendo concurrir a otros centros de salud previamente designados por cercanía al centro de salud y zona de referencia).

Este circuito se realiza los días miércoles cada 14 días, de 7 a 13 hs. en forma rotativa. El centro de salud correspondiente y su equipo designa y convoca a 10 pacientes diabéticos/as el día que le corresponda según agenda programada y grados de complejidad y adherencia, para realizar un circuito integral e interdisciplinario. Allí se realizan en ayunas, en días previos, extracciones de sangre para control de laboratorio y electrocardiogramas digitales que son cargados al sistema informático de la provincia (SIS) para luego ser informados por el servicio de cardiología. Luego, el día del circuito, el personal de enfermería realiza los controles clínicos (peso, talla, Índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA), hemoglucotest (HGT),

frecuencia cardiaca (FC), saturación de oxígeno (So₂), temperatura (T^o) y perímetro abdominal (PA)) y el llenado de planillas con todos los datos personales, antecedentes de enfermedad, complicaciones, tratamientos y hábitos alimentarios, de actividad física y tóxicos.

Luego pasan a un espacio donde se brinda un desayuno saludable y charlas informativas donde la nutricionista, enfermero/a, trabajadora social y/o agente sanitaria y/o psicopedagoga, etc., comparten información, experiencias, reflexiones y saberes junto a los/as pacientes, de temas relacionados a la diabetes y al recorrido histórico-social de su enfermedad.

Son atendidos/as diez pacientes por circuito, previamente designados/as y convocados/as por el equipo del centro de salud que corresponda, donde son evaluados/as por el/la endocrinólogo/a (que alternan los días de atención) junto al médico/a general en el mismo consultorio del centro de salud. Se revisa la historia clínica digital, antecedentes de enfermedad, síntomas y complicaciones; se realiza el examen físico, se analizan los estudios complementarios (laboratorio, ECG, fondo de ojos, etc.), hábitos y pautas alimentarias y de actividad física, automonitoreo y controles glucémicos, y se evalúa la adherencia y dificultades en el cumplimiento del tratamiento. Además se solicitan estudios, interconsultas y se indican los tratamientos adecuados según las necesidades y requerimientos individuales de cada paciente.

La evaluación oftalmológica y la realización del fondo de ojos para descartar retinopatía diabética se hace el día viernes anterior a dicho circuito en el centro de salud Abudara, debido al uso de colirios para dilatar las pupilas y realizar el examen, que generan algunas dificultades en la visión por un tiempo determinado, además de cuestiones técnicas y la imposibilidad de trasladar los equipos e instrumental a cada centro de salud.

Cada paciente es además evaluado por nutrición, odontología, kinesiología, y las especialistas en pie diabético y curación avanzada de úlceras, equipo formado por una médica diabetóloga y especialista en nutrición y pie diabético, dos enfermeras y dos asistentes administrativas, que realizan un examen detallado y evalúan la presencia de trastornos y lesiones en los miembros inferiores y en los pies (neuropatías sensitivo-motoras, neuropatías autonómicas, enfermedad arterial periférica, úlceras, etc.).

Luego que cada paciente haya finalizado todo el recorrido del circuito de atención, el equipo se reúne y comenta y discute caso por caso. Se revisan los resultados de laboratorio, tratamientos, pautas, estudios e interconsultas solicitadas, y posterior seguimiento de cada paciente. Además cada profesional manifiesta sus impresiones, recomendaciones y estrategias de abordaje y seguimiento.

Las trabajadoras sociales y agentes sanitarias a su vez dan sus opiniones en relación a las condiciones y determinaciones sociales, económicas, culturales y educativas de cada paciente para poder buscar las mejores estrategias de tratamiento y seguimiento acordes a cada caso en particular.

Seguimiento

Para el seguimiento consideramos estratégico contar con la participación del equipo de la “Central de Procesamiento de datos y monitoreo” (ex COE (comité de emergencias formado durante la pandemia) formado por un coordinador y coordinadora a cargo y nueve monitoras designadas y referenciadas cada una a un centro de salud diferente. Este equipo cuenta con computadoras instaladas en un área del edificio de Estadísticas del Hospital Centeno, hospital de referencia de la zona norte de La Pampa (Zona Sanitaria 2). Éstos tienen acceso al sistema informático y uso de tablas de Excel donde se registra toda la información de los/as pacientes que concurrieron a los centros de día. Se procesan y analizan datos estadísticos, porcentajes y resultados a través de la creación de tablas y gráficos.

Además realizan un abordaje telefónico a los/as pacientes en forma periódica a través de una entrevista motivacional, con una mirada integral y empática, para luego completar una encuesta sobre síntomas, complicaciones, hábitos y pautas alimentarias y de actividad física, adherencia y dificultades en el cumplimiento del tratamiento.

Por otro lado funcionan de nexo entre los centros de salud y el hospital Gobernador Centeno (2º nivel) para la solicitud de interconsultas a especialistas, realización de estudios y controles médicos, siempre en comunicación y relación permanente con las trabajadoras sociales, agentes sanitarias, monitoras, enfermeros/as y/o médicos/as del centro de salud de referencia de cada paciente.

Además, como parte del seguimiento se realizan visitas y seguimiento domiciliario por parte de enfermería, trabajadoras sociales y agentes sanitarias, y en algunos centros de salud, la posibilidad de realizar actividad física grupal a cargo de estudiantes de Educación Física (ISEF).

Los centros de salud designados para poder realizar el circuito son siete según espacios y condiciones edilicias adecuadas. Éstos son:

- 1) CS Federal.
- 2) CS Frank Allan
- 3) CS Rucci
- 4) CS CIC
- 5) CS Brown.
- 6) Cs Knobel
- 7) CS Abudara que integra la atención al CS Energía y Progreso, y Este

Descripción de los actores/sujetos participantes

El equipo estable de los “Centros de día para personas con diabetes” está formado por 17 personas que concurren, algunas en forma alternada, a todos los centros de salud en forma programada y con un cronograma de atención cada 14 días. Éstos son:

- Médico generalista, jefe del Área Programática y coordinador general.
- Enfermera, supervisora y coordinadora del circuito, que planifica y organiza los consultorios y espacios de cada centro de salud días previos, y el orden y distribución de la atención de los/as pacientes el día del circuito.
- Médico y médica endocrinóloga del hospital Gobernador Centeno, los cuales se alternan los días de atención.
- Tres nutricionistas que atienden y están en un espacio de charlas, y en donde preparan desayunos saludables, generalmente a base de galletitas y pan integral, queso untado sin sal y mermeladas sin azúcar, todos productos de elaboración casera y artesanal. Además de infusiones de café y té con sobres de edulcorantes.
- Tres kinesiólogas que se alternan los días de atención y que evalúan la funcionalidad y dan pautas de actividad física y movimientos saludables según la condición física y clínica de cada paciente.
- Una oftalmóloga del hospital que atiende los días viernes anterior a dicho circuito en el centro Abudara donde tiene el consultorio y el equipamiento adecuado.

- Una médica especialista en diabetes, pie diabético y nutrición junto a dos enfermeras entrenadas en la evaluación del pie diabético y curación avanzada de úlceras. Además dos administrativas que completan las distintas planillas de atención y gestionan los distintos turnos para el seguimiento posterior.

- Además de médicos/as generales, enfermeros/as, odontólogos/as, trabajadoras sociales, agentes sanitarias, psicopedagogas, psicólogas, administrativos/as, personal de farmacia y de limpieza, todos/as pertenecientes a los centros de salud. Y bioquímicos/as pertenecientes al hospital.

Evaluación de la experiencia.

Los Centros de día para personas con diabetes ofrecen y dan la posibilidad a los/as usuarios/as designados/as de concurrir a un día específico a su centro de salud y poder ser atendidos/as en ese día por distintos/as profesionales y disciplinas. No necesitan concurrir al hospital solicitando turnos a los distintos/as profesionales en días y horarios diferentes, soportando largas filas con las demoras y complicaciones que esto genera en las personas.

Pueden compartir un desayuno saludable, contar sus experiencias, anécdotas, historias, preguntar sus dudas sobre la enfermedad en un espacio de escucha y reflexión compartido con otras personas. Se realizan charlas informativas donde se comparten saberes, experiencias y se comentan distintas pautas y estrategias para mejorar la adherencia y los tratamientos establecidos, siempre priorizando el autocuidado y la autonomía, y respetando las decisiones de cada uno/a de los/as usuarios/as.

Además se trata de lograr un espacio interdisciplinario desde el trabajo en conjunto y articulado entre el/la médico/a general del centro de salud y el endocrinólogo/a, y acordando con el/la paciente los tratamientos y distintas pautas según las necesidades y condiciones de cada paciente. Al finalizar el circuito todos/as los/as profesionales intervinientes dan sus opiniones y puntos de vista sobre cada caso en particular, buscando las mejores estrategias para mejorar la adherencia y el seguimiento posterior.

Descripción de la propuesta metodológica aplicada.

El trabajo en cada centro de salud se inicia días previos con el armado de la lista de pacientes y la convocatoria a cada uno/a de ellos/as para la realización de estudios complementarios (analíticas, ECG) en dicho centro de salud; y la designación del turno a oftalmología el viernes anterior a cada circuito en el centro Abudara.

De inicio el trabajo es interdisciplinario, porque el equipo del centro hace la selección y convocatoria de los/as usuarios/as según grados de complejidad clínica y social, y de adherencia, y no por decisión exclusiva de los/as médicos/as.

Se piensa y se pone en práctica las acciones en equipo, con objetivos y acuerdos ideológicos comunes, más allá de la diversidad de saberes disciplinares, conocimientos, habilidades, actitudes, y modos de ser, pensar y de sentir de cada uno/a de ellos/as. Se parte de la base de saber que los problemas son complejos, que tienen múltiples dimensiones y demandan un abordaje integral y de “inter-saberes”. El problema no es la diabetes en sí misma, sino las dimensiones y determinaciones que hacen que las personas tengan complicaciones, ya sean clínicas, económicas y sociales para afrontar la enfermedad y la vida.

La interdisciplina es un posicionamiento y nos obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, legitimando intercambios, importaciones y referencias múltiples de saberes entre los distintos campos disciplinares (Stolkiner, 2005).

El equipo interdisciplinario demanda una organización con distribución de tareas y responsabilidades, en función de los aportes y el lugar que cada uno/a ocupa dentro del equipo. El énfasis está en la acción y en los vínculos que se generan entre los miembros de los equipos entre sí y con los/as usuarios/as.

La interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente (Stolkiner, 2005). Se trata de una metodología de trabajo, pero al mismo tiempo es un marco conceptual y posición ética, ideológica y epistemológica. Pensar la interdisciplina es pensar la realidad atravesada por la incertidumbre, la desigualdad y la exclusión social, interdisciplina que viene a intervenir e intentar lograr cambios en lo social y a entablar diálogos entre diferentes campos del saber, ya sean científicos y populares. La interdisciplina enfrenta a la complejidad de las nuevas demandas hacia los servicios de salud, demandas insatisfechas que superan los campos del conocimiento disciplinar, porque no hay nada más complejo que lo social. Es nuestro desafío poder incorporar e integrar saberes que no son disciplinares, que no se estructuran como conocimientos científicos (Stolkiner, 2005)

El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición (Carballeda). Búsqueda de acuerdos y consensos con perspectivas de derechos de lo social, sosteniendo los espacios de diálogo y donde cada integrante aporta desde una relación horizontal, interactiva y de reciprocidad simétrica.

El trabajo en salud está fuertemente marcado por la libertad, y al ser siempre relacional, es trabajo vivo en acto (Merhy, 2016). El/la trabajador/a provee acogimiento, vínculos, responsabilidad, o produce un cuidado burocrático, meramente prescriptivo. Es decir que su subjetividad, que es dinámica, produce el cuidado según las variaciones que sufre este sujeto en su relación con el mundo del trabajo (Merhy, 2016)

Propósitos

Ofrecer un dispositivo y circuito público de atención y abordaje integral e interdisciplinario para personas con diabetes en los centros de salud del Área Programática de General Pico.

Objetivos

Si bien un gran desafío sería...:

- Disminuir los eventos cardiovasculares agudos mayores (IAM, ACV), las internaciones y su morbimortalidad.
- Disminuir la progresión de las complicaciones crónicas macro y microvasculares (retinopatías, nefropatías y neuropatías), sus consecuencias, y la mala calidad de vida que estas generan.
- Reducir los factores de riesgo cardiovascular (HTA, Dislipemia, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, etc.) y el riesgo cardiovascular global (RCVG).

... los Centros de Día fueron creados para:

- 1) Mejorar la accesibilidad, calidad de atención, del tratamiento y del seguimiento de personas con diabetes haciendo énfasis en el automanejo y el autocuidado.
- 2) Identificar las estrategias más importantes y costo-efectivas para mejorar el control glucémico, hemoglobina glicosilada y definir sus metas.
- 3) Implementar la educación diabetológica para el automanejo adaptada a la condición clínica y socio-económica de los pacientes.
- 4) Promover la participación activa de las personas con diabetes en el control y tratamiento de la enfermedad, fortaleciendo su autonomía y la toma de decisiones.
- 5) Generar equipos de trabajos interdisciplinarios, comprometidos y motivados, con perspectiva de derechos, sociales y comunitarios.

EXPLICATIVO:

Los Centros de Día para personas con diabetes son dispositivos que nos brindan una rica experiencia compartida entre los usuarios/as de los servicios, el personal de cada centro de salud y el equipo interdisciplinario, favoreciendo una amplia articulación entre los distintos saberes disciplinares teóricos y prácticos y los saberes populares de los/as pacientes, con el objetivo de sociabilizar dichos saberes y prácticas entre todas las personas.

Son espacios que generan encuentro y vínculos desde la diversidad de opiniones, saberes y experiencias y que intentan interpelar y poner en cuestionamiento la hegemonía del saber disciplinar, principalmente biomédico, el cual, muchas veces, excluye, niega o subordina la palabra de el/la paciente (Menéndez, 2009). No se trata de transferir conocimientos e información como un simple chip o programas empaquetados, sino de pensar, crear e imaginar las posibilidades de producción o de construcción colectiva, sacando el eje de la enfermedad. Este es un gran desafío, ya que muchos sujetos y grupos sociales demandan básicamente acciones sobre sus padeceres más que sobre su salud (Menéndez, 2009).

El modelo clásico de educación para la salud supone que los/as usuarios/as, al saber y conocer sus riesgos, deben cambiar los hábitos, conductas y sus modos de vida, por lo que muchas veces no tenemos en cuenta o subestimamos las determinaciones sociales, ambientales, económicas, culturales, políticas y psicológicas que hacen que los/as pacientes no puedan sostener los tratamientos ni cumplir las pautas, ya sean farmacológicas, alimentarias y de actividad física. Esta manera de pensar hegemónica que va dejando cada vez mas de lado la descripción e inclusión del medio ambiente y del contexto, va colocando cada vez más sus intereses en establecer los riesgos y los factores de riesgo, y tiende a colocar dichos riesgos y la posibilidad de resolverlos en acciones centradas en los individuos, en términos de estilo de vida individual (Menéndez, 2009).

Por eso consideramos fundamental el trabajo y la construcción de vínculos intersectoriales y territoriales por parte de las agentes sanitarias y trabajadoras sociales, realizando reuniones con otras instituciones y visitas domiciliarias, analizando las distintas situaciones sociales y económicas y buscando articular en redes institucionales y familiares para la ayuda y contención de personas y familias vulnerables, siendo también nexo entre el centro de salud y la comunidad.

Dentro de las mayores dificultades que encontramos en los Centros de Día fue la cantidad de horas de permanencia de los/as pacientes dentro del centro de salud para realizar el circuito (5 horas aproximadamente), generando cansancio, malestar e imposibilidad de concurrir a sus trabajos y realizar otras actividades en horario de la mañana.

Otra situación que se manifestó fue la falta de interés por parte de algunos/as integrantes del personal administrativo de registrar los/as profesionales intervinientes al sistema informático en el centro de salud designado, no generando los turnos y no pudiendo los/as profesionales redactar las evoluciones en el ítem de dicho centro de salud, debiendo cargarlas en el ítem del hospital. Hubo también cierta falta de compromiso de algunos sectores de los centros de salud, no queriendo participar de los espacios y de las actividades propuestas.

Una de las fallas o limitaciones que se presenta es la falta de sistematización de los conocimientos producidos en las prácticas, que quizás se pueda revertir o solucionar trabajando en forma conjunta y articulada con el equipo de Monitoreo y Procesamiento de datos del hospital, a través de la carga y análisis de la información y datos obtenidos, y la elaboración de resultados estadísticos que están en proceso.

Si bien hay objetivos claros, hay una organización y planificación para cada centro de salud, donde intervienen diferentes actores en cada centro con distintos intereses y necesidades, formas de ser y de pensar, y donde muchas veces se altera el circuito de la información o donde hay falta de comunicación entre los equipos, malestar y desinterés en participar. Ha sucedido por ej., que algunos/as integrantes del equipo de salud del centro no tenían conocimiento sobre el circuito y de las distintas actividades propuestas y se negaban a participar quedando fuera de ellas. Por el contrario, en algunos centros hubo mayor compromiso y participación del personal, ayudando en la organización del circuito y de los turnos, decorando los espacios con afiches, carteles, globos y haciendo arreglos con los colores alusivos a la diabetes con tonalidades de celeste y azul, colores característicos de esta enfermedad.

Construir y elaborar proyectos implica, muchas veces, lidiar con intereses y necesidades contrarias, narcisistas, egoístas, que buscarán boicotear y perturbar el trabajo y el funcionamiento de nuestras acciones. De esta manera, las necesidades, intereses y deseos siempre estarán en la base de la construcción de la voluntad (Campos G. W., 2001) de forma dinámica y cambiante.

Existe la voluntad de hacer y de no hacer (beneficio secundario de la alienación) (Campos G. W., 2001). La ampliación de la autonomía de los sujetos depende de su capacidad de lucha con estos niveles de la manera de producir la voluntad de analizar y de hacer, de comprometer al sujeto en determinado objetivo (fin), llamado por De Sousa Campos “objetivos de compromiso”, que torna posible el establecimiento de roles y tareas, y que aproxima a los objetivos deseados.

La eliminación o la falta de capacidad de compromiso es un indicio de alienación, síntoma de la objetivación del ser humano, dominación y explotación del sujeto por otros (Campos G. W., 2001). Es común que se haga por obligación en función de las necesidades impuestas o de compromisos instituidos (praxis alienada) (Campos G. W., 2001). Se estrangulan los intereses y deseos de los sujetos al cortarles la posibilidad de compromiso, pero el actuar burocrático y las reglas sociales e institucionales los/as mantienen funcionando como máquinas, sin pasión y sin razón, sin encontrar la voluntad y el sentido para que se cuestione lo instituido.

En síntesis, cada uno de estos niveles puede funcionar como alas y como cadenas, según los deseos, intereses y necesidades, que generan compromiso y voluntades, ya sea de espacio de libertades o cárceles y dominación.

SÍNTESIS: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

Creemos importante el rol y la participación activa de las personas en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados (S-E-A-C) y los factores que determinan la construcción de la salud desde lo social, ambiental y desde las desigualdades económicas, que reproducen patrones de morbilidad y mortalidad en ciertos grupos poblacionales.

Educar para la salud es fortalecer la autonomía y el protagonismo de los sujetos para cuidar su salud a través de la construcción e intercambio de saberes y conocimientos que favorezcan la toma de decisiones saludables (RIEpS, 2013). Es necesario una mirada constructiva y empática haciendo acuerdos con los/as usuarios/as sobre las distintas metas y pautas de los tratamientos, entendiendo esto como un proceso complejo de incorporación de nuevos conocimientos influidos por el contexto, y no como una imposición.

Una perspectiva integral e interdisciplinaria supone y da cuenta de la complejidad de los procesos de salud-enfermedad configurados por el entrecruzamiento de procesos biológicos, económicos, políticos, ideológicos, culturales y subjetivos (RIEpS, 2013). De esta manera es fundamental trabajar no solo interdisciplinariamente sino también buscar vínculos

intersectoriales y territoriales que garanticen el derecho a la salud integral y puedan ser generadores de la construcción de políticas públicas, poniendo énfasis en el acceso a una alimentación saludable, al trabajo digno, a la educación, ambientes y entornos saludables, donde se desarrollen actividades recreativas y espacios adecuados para una vida más sana, libre y soberana.

4. RELEVANCIA PARA LA MEDICINA GENERAL, EQUIPOS DE SALUD Y SALUD COLECTIVA:

Estos dispositivos constituyen un punto de encuentro para pensar y (re)pensar estrategias para intervenir, acompañar e intentar lograr cambios en los procesos de salud-enfermedad de las personas con diabetes. Requieren la disponibilidad de espacios, tiempo, sujetos, materiales y recursos técnicos, planificación, vínculos, acuerdos y por sobre todo, la convicción e intencionalidad de promover la autonomía y generar el autocuidado de las personas. Es nuestra visión y convicción de poder garantizar derechos de accesibilidad no solo a la atención sino también a la disponibilidad de los tratamientos y los recursos para hacerlo, con una perspectiva social y comunitaria.

Si bien todo dispositivo conlleva aspectos organizativos y normativos y diferentes relaciones de poder, es nuestra intención la construcción de espacios democráticos y de libertad, donde circule la información de manera horizontal, en donde se busca generar más participación de los equipos de salud en forma vincular e interdisciplinaria y generar autonomía y reflexiones críticas sobre las prácticas y sobre todo, autonomía, bienestar y buen vivir de las personas que concurren a los Centros de Día.

Lo importante es no correr en este laberinto que es el territorio, los senderos se bifurcan nos enseña Borges (Campos R. O., 2007). Hay que tener sensibilidad, pasión y deseos de poder cambiar las cosas. El “por qué” quedó atrás para dar paso al “para que”, si hay miles de “para qué” en común que hay que responder. Tratar de aliviar el malestar inevitable de la vida institucional a través del trabajo interdisciplinario y la construcción de prácticas centradas en la humanización con fuertes vínculos con lo territorial.

Spinelli nos enseña a “sentirjugarhacerpensar”, juego que debe ser sentido y deseado, sobre todo realizado de manera colectiva y juntos (Spinelli, 2022). No perder el sentido y el significado del trabajo para evitar la alienación. Lograr vínculos y sentido de pertenencia al equipo y al trabajo. “Pensarloquehacenysaberloquepiensan” (Spinelli, 2022).

El trabajo en salud es relacional y artesanal donde cada paciente es único e irrepetible, y que en el proceso de atención se utilizan las manos, el cerebro y sentimientos mediados por el lenguaje verbal y no verbal, y fundamentalmente porque el trabajo hecho de esta manera no ha podido ser superado por ninguna máquina (Spinelli, 2022).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, G. W. (2001). *Gestión en Salud en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Campos, R. O. (2007). *La Planificación en el laberinto. Un viaje Hermenéutico*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Carballeda, A. J. (s.f.). *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud*. (www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf)

(2019). *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)*. Ministerio de Salud de la Nación.

Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

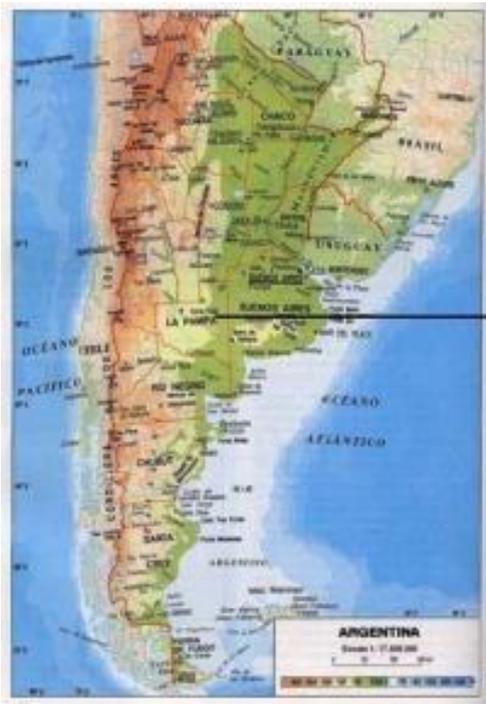
Merhy, E. E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

RIEpS, R. I. (2013). *Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Gobierno de la ciudad de Bs As.

Spinelli, H. (2022). *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud*. Remedios de Escalada (Buenos Aires): Instituto de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*. Posadas (Misiones).

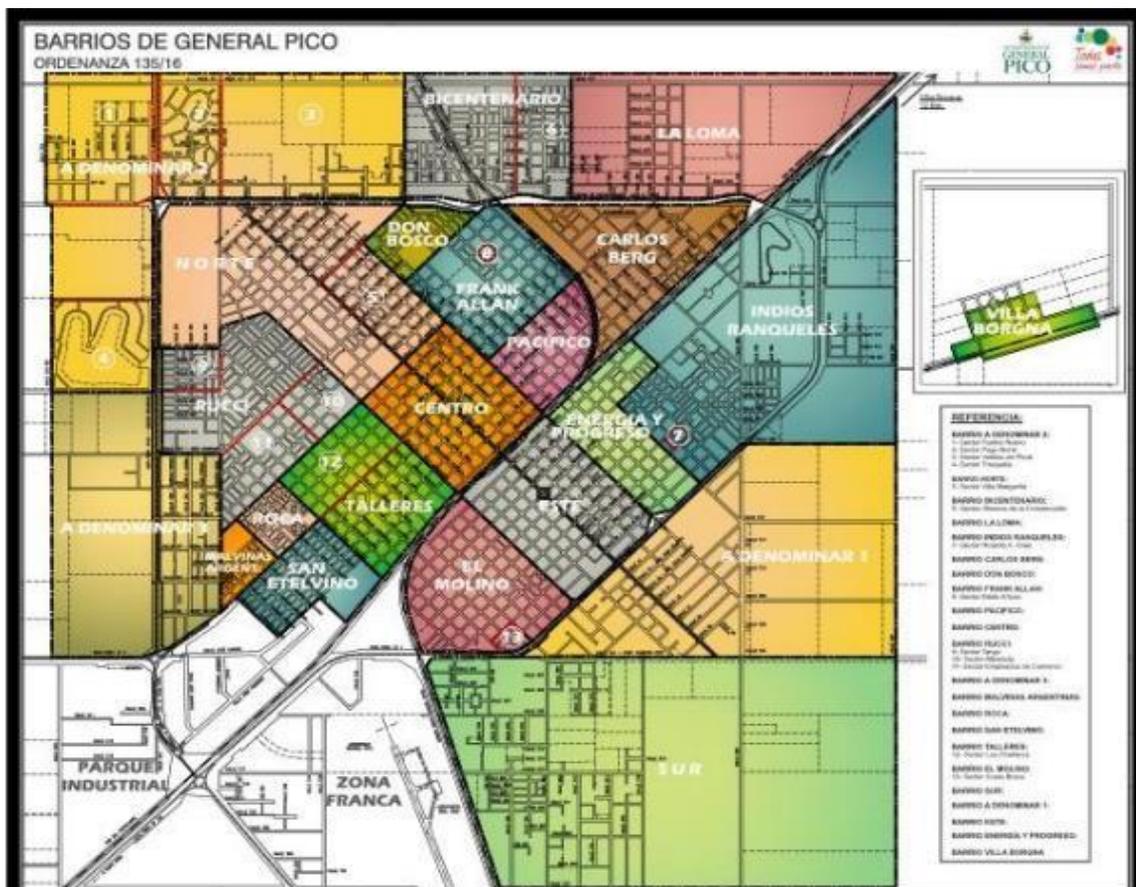
6. ANEXOS



Mapa 1. General Pico (La Pampa)



Mapa 2. Zonas Sanitarias de La Pampa



Mapa 3. Barrios de la ciudad de General Pico

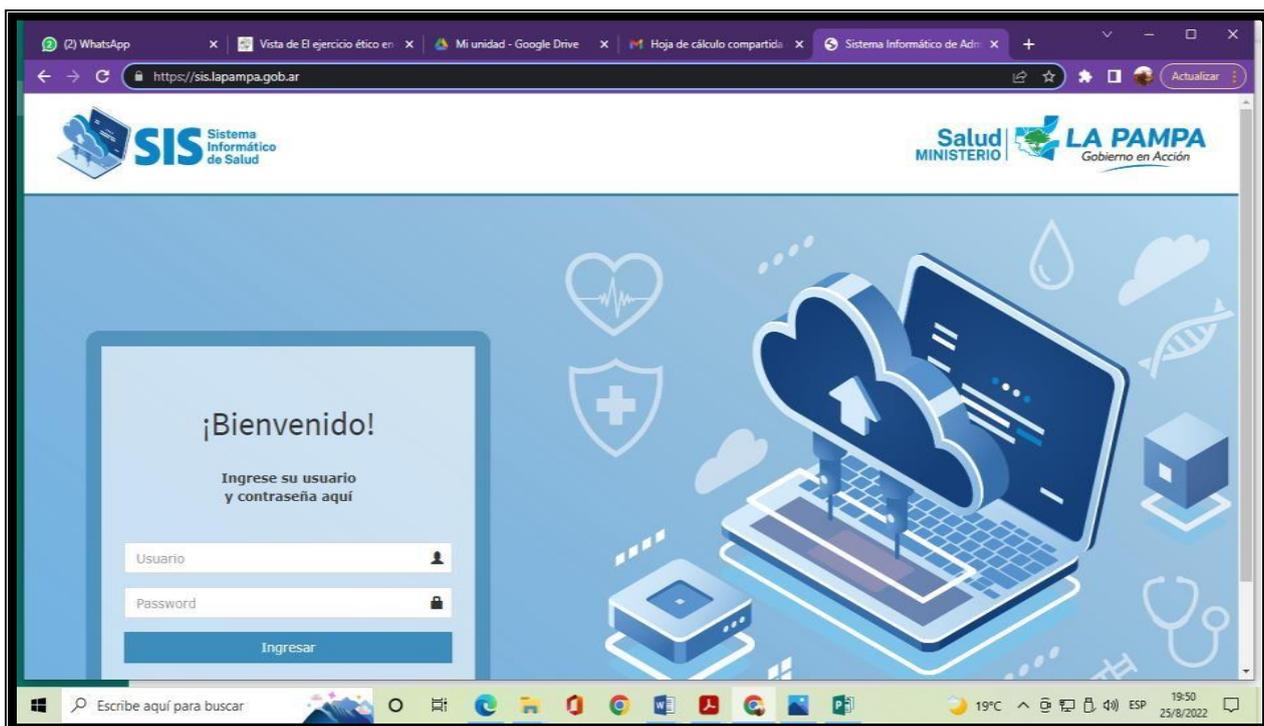


Gráfico 1. Sistema Informático de Historia Clínica Digital del Ministerio de Salud de La Pampa



Gráfico 2. Libreta de control

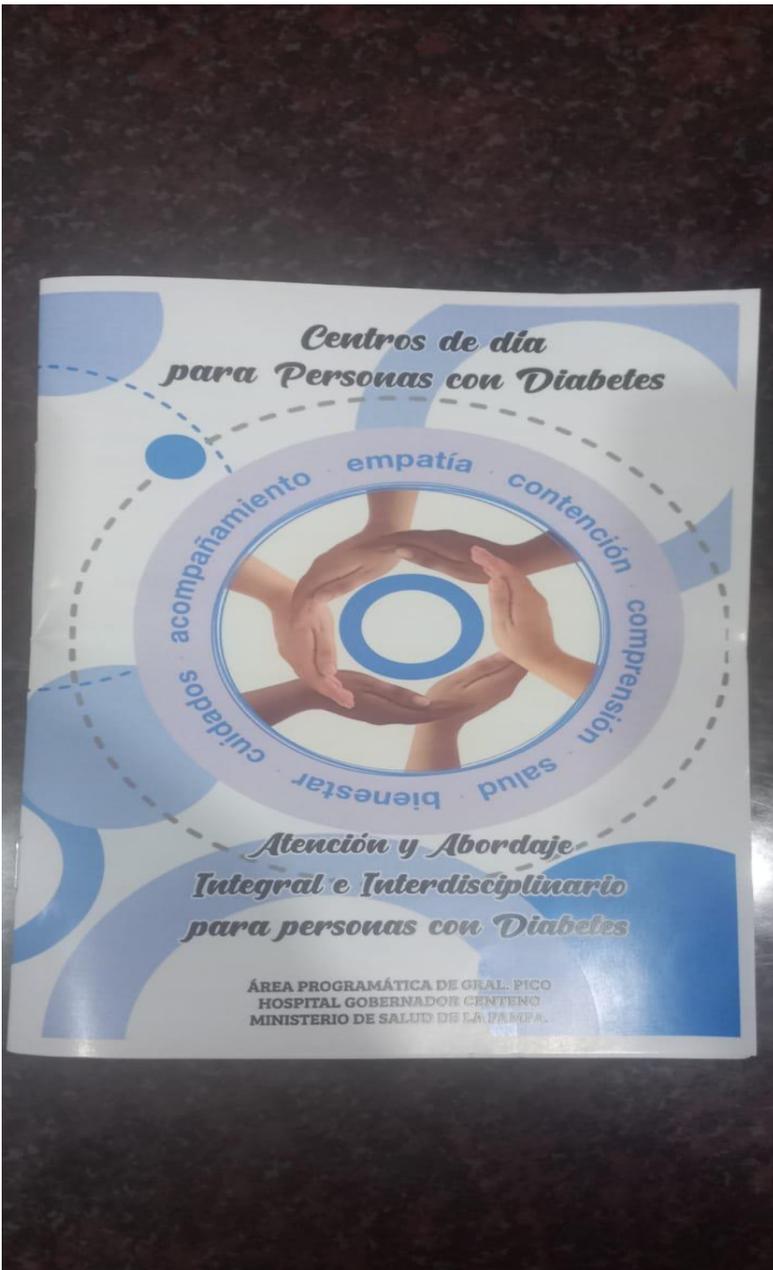


Grafico 3. Libreta de control

FICHA EVALUACION DEL PIE EN PERSONAS CON DIABETES

Nombre		DNI:		FN:	
HbA1c	fecha	%	Tratamiento anti diabético		
Tabaquismo			Uso excesivo de alcohol		
Fondo de ojo	fecha		Relación albuminuria/creatininuria	fecha	
Obesidad			Índice de filtrado glomerular estimado	fecha	mL/min
Enfermedad Cerebrovascular			Lesiones previas en los pies		
Enfermedad coronaria			HTA		Dislipemia

INSPECCIÓN

Deformidad	¿Se asocia a área de hiperapoyo o callo?	No	Sí	
DESCRIBIR:			¿Es rígida?	No
En bipedestación:				* Corregir calzado * Consultar a podología * Si no mejora derivar a segundo nivel
En la marcha:			Sí	* Corregir calzado * Consultar a podología * Si no mejora derivar a segundo nivel
Maniobra del abanico:	Normal/ Alterada			

Hiperqueratos	No	Sí	➡	Crema con urea al 10%. Valorar descarga de la lesión.
Grietas o fisuras	No	Sí	➡	Crema con urea al 20% (sólo sobre áreas de hiperqueratosis), NO colocar dentro de la grieta o fisura.
Callos/helomas	No	Sí	➡	Intentar la corrección del hiperapoyo con calzado adecuado, uso de plantilla preferentemente según pedigráfica y seguimiento por podología. Si no mejora, consultar con traumatología para
Micosis interdigital	No	Sí	➡	Reforzar el secado entre dedos y uso de medias de algodón. Crema con antimicótico (elegir pasta si la lesión es muy húmeda).
Ampollas	No	Sí	➡	No romper. Evitar apoyar sobre la ampolla. Puede cubrirse con gasa seca. Ante la ruptura, retirar restos de epitelios y cubrir con gasa vaselinada. Lavar diariamente con solución fisiológica o agua
Úlceras	No	Sí	➡	Véase algoritmo Úlceras y Clasificación.
Signos de infección	No	Sí	➡	Véase algoritmo pie diabético infectado.
Ausencia de vello	No	Sí	➡	Sospechar enfermedad arterial periférica.
Palidez o cianosis	No	Sí	➡	Sospechar enfermedad arterial periférica. En presencia de cianosis: derivación urgente a tercer
Onicodistrofia	No	Sí	➡	Solicitar micológico directo y cultivo de la/s uña/s afectada/s. Si el
Onicocriptosis	No	Sí	➡	Derivar a traumatología. Evaluar infección asociada.

1

Gráfico 5. Ficha N°1 de evaluación del pie en personas con diabetes

Medias	¿Usa siempre?	No	Sí	
	¿Son adecuadas?	No	Sí	
Calzado	¿Usa siempre?	No	Sí	
	¿Es adecuado?	No	Sí	
¿Utiliza ortesis?		No	Sí	

NEUROPATÍA SENSITIVO-MOTORA				
Síntomas	No	Sí	➔	
Signos	Pérdida de sensación protectora (PSP)			Tratamiento:
	Monofilamento	Palestesia	Test de Ipswich	Atrofia muscular
Pie Derecho				
Pie izquierdo				

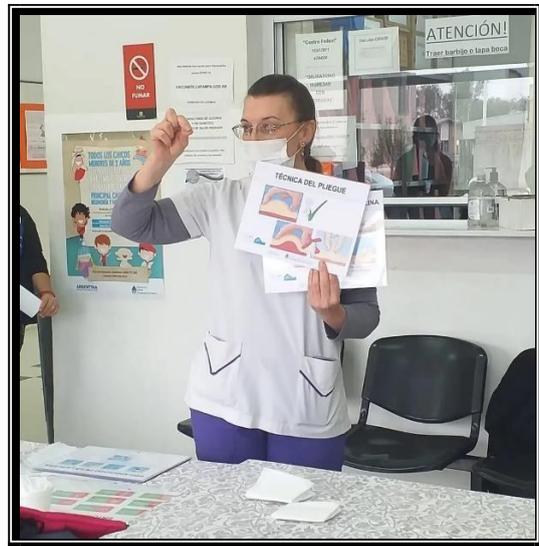
NEUROPATÍA AUTÓNOMICA				
Signos	No	Sí	• Anhidrosis	• Fisuras y grietas
			• Aumento tº	• Dilataciones venosas

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (aclarar izquierda o derecha)					
Síntomas	No	Sí	Dolor en reposo	Derivar a tercer nivel de manera urgente, ingresa por guardia.	
			Claudicación intermitente	Progresiva	Aspirina
				Invalidante A menos de 100 metros	Cilostazol Estatinas Derivar a tercer nivel con turno prioritario (antes de 7 días)
Signos	• Ausencia de vello		• Onicodistrofia	• Palidez	
	• Eritrocianosis		• Cianosis		
	En presencia de cianosis: derivación urgente a tercer nivel.				
	Pulsos		Tibial anterior	Tibial posterior	
	Pie izquierdo				
	Pie derecho				

Gráfico 6. Ficha N°2 de evaluación del pie en personas con diabetes



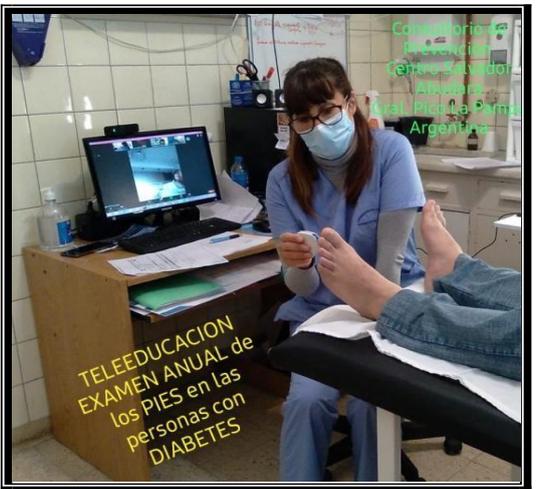
Fotos 1. Banner



Fotos 2. Centro de Salud Federal



Fotos 3. Centro de Salud Frank Allan



Fotos 4. Centro de Salud Rucci



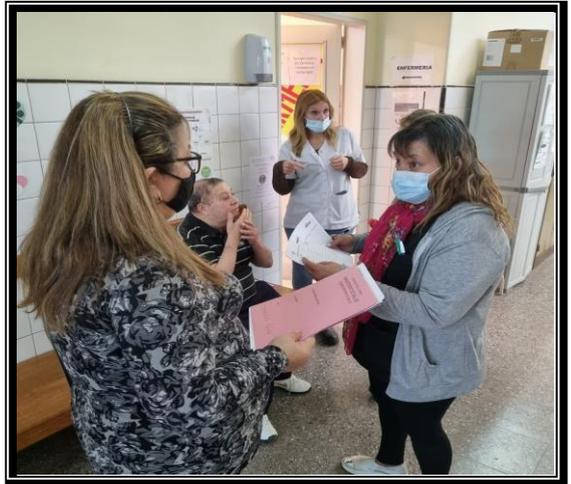
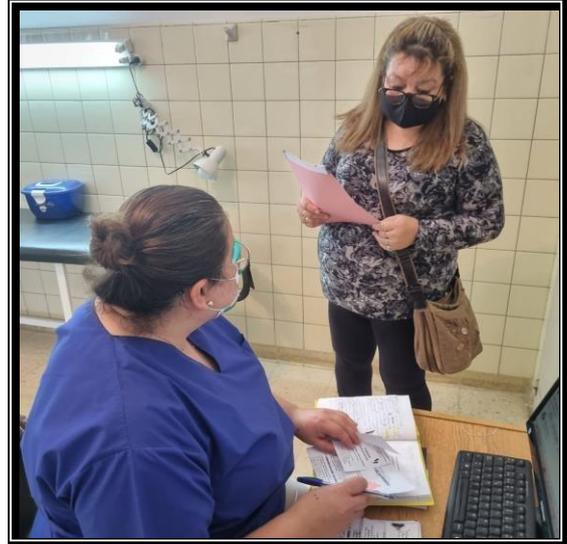
Fotos 5. Centro de Salud Energía y Progreso en Abudara



Fotos 6. Centro de Salud Brown



Fotos 7. Centro de Salud Knobel



Fotos 8. Centro de Salud Este en Abudara.



Fotos 9. Centro de Salud Abudara





Fotos 10. Centro de Salud CIC.



Fotos 11. Centro de Procesamiento de datos y monitoreo